

和解法对延缓慢性肾功能衰竭 病程进展的研究*

占永力 周静媛 霍保民

内容提要 以和解法为主对 100 例慢性肾功能衰竭(肾衰)患者进行治疗, 结果表明, 其慢性肾衰病程与未用和解法治疗前相比较明显延缓, 和解法治疗前后的回归系数差异非常显著($P < 0.01$)。此外, 对和解法能促使慢性肾衰病程进展的因素, 如高血压、蛋白尿、高脂血症、免疫功能等的影响作了探讨。

关键词 和解法 慢性肾功能衰竭 直线回归

Study on Effect of Mediation Principle in Retarding Progression of Chronic Renal Failure Zhan Yong-li, Zhou Jing-yuan, Huo Bao-min *Guang An Men Hospital, China Academy of TCM, Beijing (100053)*

100 Patients with chronic renal failure(CRF) were treated mainly by the mediation principle (MP). Results showed that the progression of CRF with MP was slower than that without MP. There was very significant difference ($P < 0.01$) between the regression coefficient. In addition, the effect of MP on the factors in promoting the progression of CRF, e.g., hypertension, albuminuria, hyperlipemia and immune function etc. was discussed in detail.

Key words mediation principle, chronic renal failure, linear regression

以和解法为主治疗慢性肾功能衰竭(慢性肾衰), 疗效肯定⁽¹⁾。本研究着重观察和解法对慢性肾衰病程进展的影响, 并就其作用机制加以探讨。

临床资料

本组 100 例, 均系我院 1989 年 6 月~1993 年 11 月住院或门诊患者。男 57 例, 女 43 例; 年龄 24~70 岁, 平均 36.2 岁。原发病: 慢性肾小球肾炎 73 例, 慢性肾盂肾炎 11 例, 肾动脉硬化 10 例, 糖尿病肾病 5 例, 遗传性肾炎 1 例。

治疗方法

1 非和解法治疗阶段 凡列入观察对象, 先进行此阶段治疗, 具体治疗方法包括: (1)

饮食疗法: 低磷、低盐、少量优质高蛋白(每日蛋白质入量限制在 20~40 g)、高热量(每日热入量为 35 千卡/kg 体重)、低脂饮食为原则。(2)西医治疗: 包括对原发病的治疗, 高血压、感染及水、电解质、酸碱平衡失调的处理。疗程 > 6 个月, 平均 11.8 个月。

2 和解法治疗阶段 凡非和解法治疗期满 6 个月以上者, 进行此阶段治疗, 治疗方法包括: (1)饮食疗法及西医治疗同非和解法治疗阶段。(2)加用和解法中药治疗。处方: 柴胡 12 g 黄芩 12 g 清半夏 12 g 陈皮 12 g 黄连 4 g 茯苓 12 g 生姜 4 g 焦大黄 6 g 益母草 15 g。每日 1 剂, 水煎服, 疗程 1 年。

3 观察指标

3.1 观察和解法为主治疗 1 年前后血清 Scr、BUN、Hb, 以判断肾功能的变化。

3.2 以血清肌酐倒数(1/Scr)和疗程时间(月)二座标图作直线回归分析, 观察以和解

*国家中医药管理局科研资助项目

中国中医研究院广安门医院(北京 100053)

法为主治疗前后的回归系数(b), 以判断慢性肾衰的进展速度和治疗结果。

3.3 观察b值与高血压、蛋白尿、高脂血症、高凝血症及免疫功能的关系, 以判断和解法对上述促使慢性肾衰进展的因素的影响。

结 果

1 100例患者以和解法为主治疗前后Hb、Scr、BUN的变化 见附表。

附表 100例患者治疗前后血Hb、Scr、BUN结果比较 ($\bar{x} \pm S$)

	Hb(g/L)	Scr(μ mol/L)	BUN(mmol/L)
治疗前	78.9 $\pm$ 22.1	585.2 $\pm$ 301.4	24.0 $\pm$ 11.6
治疗后	75.6 $\pm$ 24.8	563.1 $\pm$ 254.6	20.9 $\pm$ 10.9*

注: 与治疗前比, * $P < 0.05$

Hb及血清Scr治疗前后无明显变化($P > 0.05$), 血清BUN疗后较治疗前明显降低($P < 0.05$)。

2 和解法治疗前后斜率b值的变化 非和解法治疗阶段与和解法治疗阶段的回归系数(b)平均值分别为 -0.0252 ± 0.0031 和 -0.0033 ± 0.0027 ($\bar{x} \pm S\bar{x}$, 下同)。两回归系数异常非常显著($P < 0.01$)。

3 血压与b值的关系 根据就诊时的血压, 分为正常血压组和高血压组(舒张压 > 13 kPa)。正常血压组43例, 其b值为 -0.0078 ± 0.0042 ; 高血压组57例, 其b值为 -0.0049 ± 0.0027 。两组b值相比较, 无显著性差异($P > 0.05$)。

4 血脂与b值的关系 根据就诊时的血脂情况, 分为正常血脂组和高脂血症组(胆固醇 > 6 mmol/L, 甘油三酯 > 1.5 mmol/L)。正常血脂组69例, 其b值为 -0.0061 ± 0.0027 ; 高脂血症组31例, 其b值为 -0.0068 ± 0.0019 。两组b值相比较, 无显著性差异($P > 0.05$)。

5 蛋白尿与b值的关系 根据就诊时的尿蛋白情况, 分为非大量蛋白尿组和大量蛋白尿组(24h尿蛋白定量 > 3.5 g)。非大量蛋白尿组75例, 其b值为 -0.0038 ± 0.0022 ; 大量蛋白尿组25例, 其b值为 $-0.0267 \pm$

0.0051 。两组b值相比较, 差异非常显著($P < 0.01$)。

6 凝血与b值的关系 根据就诊时的凝血情况, 分为正常凝血组和高凝血症组(血浆纤维蛋白原 > 4 g/L, 血浆纤维蛋白降解产物 > 10 mg/L, 血小板 $> 300 \times 10^9$ /L)。正常凝血组22例, 其b值为 -0.0079 ± 0.0039 ; 高凝血症组78例, 其b值为 -0.0081 ± 0.0042 。两组b值相比较, 无显著性差异($P > 0.05$)。

7 免疫功能与b值的关系 根据就诊时的免疫功能情况, 分为正常免疫组和异常免疫组(血清补体C₃ < 0.69 g/L或 > 1.05 g/L, 循环免疫复合物 > 0.11)。正常免疫组59例, 其b值为 -0.0069 ± 0.0029 ; 异常免疫组41例, 其b值为 -0.0058 ± 0.0032 。两组b值相比较, 无显著性差异($P > 0.05$)。

讨 论

中医学认为, 慢性肾衰的本质是本虚标实, 其本虚表现以脾肾虚衰为主, 在不同的阶段可挟水湿、湿热及瘀血等标实之邪, 因此, 其临床表现多是虚实、寒热错杂, 治疗较为棘手, 如单用补法, 一则虚不受补, 二则有补而助邪之弊, 易犯“实实”之忌; 如单用清法、下法等, 则有伤正之虑, 易犯“虚虚”之戒。为了达到寒热并用, 攻补兼施的目的, 我们认为和解法较为适宜。和解法有广义和狭义之分。狭义的和解法是指小柴胡汤证; 广义的和解法, 正如清代名医戴北山所说: “寒热并用之谓和, 补泻合剂之谓和, 表里双解之谓和, 平其亢厉之谓和。”我们以广义的和解法为主治疗慢性肾衰, 疗效较为满意。非和解法治疗阶段与和解法治疗阶段的回归系数比较, 差异非常显著($P < 0.01$), 说明和解法能明显延缓慢性肾衰的病程进展。促使慢性肾衰病程进展的因素很多, 根据目前的研究^②, 主要有高血压、大量蛋白尿、高脂血症、高凝血症及免疫损伤等。因此, 研究和解法对这些因素的影响, 对探讨其作用机制具有重要意义。

高血压是慢性肾衰加重的一个重要因素^(2,3)。一方面,慢性肾衰患者肾功能的维持与血压下降呈正相关;另一方面,尽管持续服用降压药满意控制高血压后,慢性肾衰伴高血压患者的病程进展仍然显著快于血压正常者。本资料表明,对慢性肾衰伴高血压者,经和解法中药为主,配合降压西药治疗后,高血压组的肾衰病程进展明显延缓,并与高血压正常组之间的差异变得不显著,从而说明,中药在其中的作用是比较明显的。

大量蛋白尿本身是加剧肾功能恶化的一个重要因素⁽³⁾,同时,也可能是肾脏损伤的一个标志。本组资料显示,和解法对延缓慢性肾衰伴大量蛋白尿患者的病程的作用远不如非大量蛋白尿组,其原因尚不清楚,有待于进一步探讨。

近年来的研究结果^(2,4,5),均证实了高脂血症能促进慢性肾衰的发生和发展,其作用机制是多方面的。本资料表明,和解法能明显影响这一促进慢性肾衰进展的因素。

慢性肾衰患者大多伴有血液粘滞度增加及纤维蛋白溶解障碍⁽²⁾。血液高粘状态,特别是肾小球内凝血可能是肾脏病恶化过程中的重要一环。对慢性肾衰伴高凝血症者,用和解法治疗后,其肾衰进程与正常凝血组之间无显著性差异,说明和解法具有明显的促进纤维蛋白溶解的作用,从而延缓了其病程进展。

多数作者认为^(2,6),细胞免疫在肾组织,特别是在间质中诱发的迟发超敏反应,对于慢性肾衰的发生和发展具有重要意义,而补体系统的激活和系膜细胞白细胞介素I的变化,可能是肾损伤后期肾单位进行性破坏的另一条重要的免疫学途径。对慢性肾衰伴有免疫异常者,用和解法治疗后,其肾衰病程与免疫正常组之间无显著性差异,说明和解法对调节免疫异常有较为明显的作用。

参 考 文 献

1. 周静媛, 占永力, 霍保民. 和解法为主治疗慢性肾功能不全的临床与实验研究. 北京中医学院学报 1993; 16(1): 51.
2. 郑 丰, 黎磊石. 延缓慢性肾功能不全进展措施的理论 and 实践. 国外医学·内科学分册 1990; 17(1): 16.
3. Oldirzzi L, Rugiu C, Valva B, et al. Progression of renal failure in patients with renal diseases of diverse etiology on protein-restricted diet. Kidney Int 1985; 97: 553.
4. Moorehead JF, Wheeler DC, Fernando R. Injury to rat mesangial cell in culture by low density lipoproteins. Kidney Int 1989; 35: 433.
5. Coritsidis G. The effects of oxidized lipoproteins on cultured mesangial cells (abstract). Kidney Int 1990; 37: 502.
6. Schollmeyer P, Bozkurt F. The immune status of the uremic patient; hemodialysis vs CAPD. Clin Nephrol 1988; 30: 37.

(收稿: 1994-04-04 修回: 1994-11-12)

征 文 通 知

中日第二届血瘀证综合研究学术会议与全国第四届活血化瘀研究学术会议定于1995年5月在北京召开,现将征文有关事项通知如下:(1)征文内容:血瘀证诊断研究,血瘀证与活血化瘀临床及实验研究,血瘀证与活血化瘀研究发展方向与对策,情志等应激与血瘀证关系及防治对策。(2)论文全文不超过4000字,另附摘要1500字,字迹清楚。来稿请附单位介绍信。截稿日期:1995年2月28日。论文录取后,会议有关事宜将另行通知。来稿请寄:北京市海淀区西苑医院内中国中西医结合学会活血化瘀专业委员会收,邮编:100091,联系人:马晓昌、许秀森。